

19
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1929

THÈSE

N° HoH

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

HÉLÈNE GOLSPIÉGEL

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Née à Kerestechko (Pologne) le 24 Décembre 1898

Contribution à l'Etude Clinique

DE

LA DYSMÉNORRHÉE

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—
1929

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1929

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

HÉLÈNE GOLSPIÉGEL

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Née à Kerestechko (Pologne) le 24 Décembre 1898

Contribution à l'Étude Clinique

DE

LA DYSMÉNORRHÉE

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—
1929

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale.	N...
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
ALAJOUANINE. . .	Neurologie et psy- chiatry.	LABBÉ (Henri). .	Chimie biologique.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.	LARDENNOIS. . .	Pathologie chirurgi- cale.
BASSET.	Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN.	Pathologie médicale.	LEROUX	Anatomie pathologi- que.
BINET	Physiologie.	LÉVY-SOLAL. . . .	Obstétrique.
BLANCHETIÈRE. .	Chimie biologique.	LHERMITTE. . . .	Pathologie mentale.
BROCQ.	Pathologie chirurgi- cale.	LIAN.	Pathologie médicale.
BRULÉ.	Pathologie médicale.	MATHIEU.	Pathologie chirurgic.
CADENAT.	Pathologie chirurgi- cale.	MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
CHABROL.	Pathologie médicale.	METZGER.	Obstétrique.
CHIRAY	Pathologie médicale.	MONDOR.	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC.	Pathologie médicale.	MOURE.	Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ.	Hygiène.	MULON.	Histologie.
DOGNON.	Physique.	OBERLING.	Anatomie pathologi- que.
DONZELOT.	Pathologie médicale.	OLIVIER.	Anatomie.
DUVOIR	Médecine légale.	PHILIBERT.	Bactériologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	QUÉNU.	Pathologie chirurgi- cale.
FIESSINGER. . . .	Pathologie médicale.	RICHET Fils. . . .	Physiologie.
GARNIER.	Pathologie expéri- mentale.	SÉZARY	Dermatologie et sy- philigraphie.
GATELLIER. . . .	Pathologie chirurgi- cale.	VALLERY-RADOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.	VAUDESCAL. . . .	Obstétrique.
HARVIER.	Pathologie médicale.	VELTER.	Ophthalmologie.
HEITZ-BOYER. . .	Urologie.	VERNE.	Histologie.
HOVELACQUE. . .	Anatomie.		
HUTINEL.	Pathologie médicale		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.	RETTERRER. . . .	Histologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.	
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA TANTE

LA DOCTORESSE HÉLÈNE SOSNOWSKA

*Qui par le bel exemple de sa vie m'a
donné le goût et l'amour de la
profession médicale.*

A MON ONCLE

L'INGÉNIEUR K. SOSNOWSKI

*Pour la bonté et la bienveillance
qu'il m'a témoignées pendant tou-
te mon enfance et mes années
d'étude.*

A MADAME LE DOCTEUR FRANCILLON LOBRE

*Qui a bien voulu m'indiquer le sujet
de cette thèse et m'a si aimable-
ment accueillie dans son service.*

A M. LE DOCTEUR VICTOR PAUCHET

PROFESSEUR A LA FACULTÉ D'AMIENS

Toute ma reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE P^r A. GOSSET

Ma profonde et respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il m'a fait en acceptant de présider cette thèse.

Introduction

La première difficulté que l'on rencontre en abordant l'étude de la dysménorrhée est de donner une définition de ce terme et d'en préciser les limites.

En effet pour A. Martin : ce qu'on appelle dysménorrhée ne consiste pas dans les malaises que la plupart des femmes accusent au moment des règles. Ce ne sont là que des syndromes que les femmes savent liés à cet état spécial et supportent patiemment.

La plupart des femmes souffrent avant, pendant ou après leurs règles, soit qu'il s'agisse de douleurs vagues, mal définies ou de sensations douloureuses plus précises traduisant une altération plus ou moins profonde de leurs organes génitaux. De sorte que le terme de dysménorrhée n'entraîne pas obligatoirement l'idée d'une menstruation douloureuse à laquelle semble plus propre le terme d'algoménorrhée.

En dehors de ces cas où les femmes souffrent pendant leurs règles, il semble bien que le nom de dysménorrhée doit être réservé aux menstruations difficiles s'accompagnant de phénomènes douloureux précédant ou suivant les règles et comprenant la dysménorrhée primitive ou secondaire.

Dans certains cas, les douleurs du prémenstruum s'étendent en partie sur les premiers jours de l'écoulement et il s'agit alors d'algo-dysménorrhée.

Enfin, en dehors de ces cas de règles douloureuses il faut faire rentrer dans le cadre de la dysménorrhée les règles ne s'accompagnant d'aucun phénomène douloureux, mais insuffisantes ou trop abondantes, rares ou trop fréquentes ; en résumé irrégulières dans leur fréquence et leur intensité. De plus, il importe d'éliminer les dysménorrhées symptomatiques secondaires à des salpingites ou à des grosses lésions inflammatoires utéro-annexielles, et de n'étudier que la dysménorrhée dite « essentielle ».

La coexistence de douleurs précédant les règles a été signalée par Courty, Bloch, Marotte, de Sinety et Vaileix.

Lawson-Tait, Trouseau, Dalché et Gusseron ont bien précisé les relations de cause à effet existant entre les troubles de la fonction ovarienne et la dysménorrhée.

A. Martin, Stolper et Hermann ont établi le rôle des contractions douloureuses précédant et accompagnant les périodes menstruelles.

Nous plaçant exclusivement sur le terrain clinique, nous étudierons surtout la dysménorrhée qui, précédant immédiatement l'apparition des règles, empêche à la femme tout travail et lui permet de reprendre ses occupations lorsque, l'écoulement menstruel terminé, tout est rentré dans l'ordre, et nous éliminerons les inflammations salpingiennes qui déterminent l'apparition de douleurs non seulement au moment de la menstruation, mais également en dehors d'elle.

Deux grandes catégories de malades peuvent être distinguées.

Dans le premier cas la dysménorrhée est apparue dès l'installation des règles, ou très peu de mois après, et les douleurs revêtent alors souvent un caractère paroxysmique net et marqué ; il s'agit de dysménorrhée des jeunes filles et de dysménorrhée congénitale.

Chez cette catégorie de malades, bien souvent la dysménorrhée cède à quelques menstruations, au mariage, à une grossesse et elle représente les formes bénignes et transitoires de la dysménorrhée, l'examen de ces malades étant généralement négatif.

Dans d'autres cas de dysménorrhée congénitale les phénomènes douloureux ne cèdent ni au temps ni à la gravidité et ce sont des formes plus sévères surtout graves par les troubles nerveux qui peuvent en résulter.

Chez un autre groupe de malades il s'agit de dysménorrhée acquise, secondaire à une infection générale ou à des altérations suivant l'atteinte des viscères pelviens. Bien souvent, les troubles ne sont pas manifestes au début de la dysménorrhée et ce sont des examens répétés ou une intervention chirurgicale qui mettent sur la voie du diagnostic causal et, dans nombre de cas, ce sont souvent les lésions les plus minimales qui donnent les dysménorrhées les plus importantes.

Étiologie

Parmi les causes susceptibles de provoquer l'apparition de phénomènes disménorrhéiques il importe de distinguer les causes locales et les causes générales.

I. - Causes locales

Parmi les causes locales, il importe de dissocier les lésions utérines et les lésions annexielles.

1) *Causes utérines* : Les lésions que peut présenter l'utérus qu'elles soient congénitales ou acquises, sont extrêmement nombreuses.

Dans certains cas il s'agit d'arrêt de développement de l'organe, donnant un utérus rudimentaire, à type infantile, dans d'autres il s'agit d'atrésies vaginales ou d'imperforation de l'hymen.

L'utérus de la nouvelle née est caractérisé anatomiquement par le développement du col aux dépens du corps, et jusqu'à la puberté ces proportions restent sensiblement identiques. En sorte que l'utérus infantile représente deux à trois fois la longueur du corps. Les fibres musculaires qui constituent la presque totalité du col sont à peu près inexistantes dans le corps qui est réduit

à une lame plus ou moins épaisse de tissus membraneux limitant un infandibulum triangulaire. Dans l'ensemble le système génital externe est peu développé, le vagin est étroit et court, le col conique et tapiroïde, l'orifice externe pinctiforme. La cavité du corps ne dépasse pas cinq centimètres à l'hystéromètre.

Dans ces cas, on constate souvent à l'interrogatoire que les règles sont apparues tardivement, d'une façon irrégulière et étaient dans l'ensemble peu abondantes.

Souvent l'examen général de ces jeunes malades montre un air chétif et impubère, un squelette fragile extériorisant la malformation génitale en sorte que dans ces cas il s'agit bien souvent d'une atrophie générale du système génital, utérus, vagin, ovaires et trompes.

D'autres dysménorrhéiques présentent à l'examen un gros utérus et cette hypertrophie utérine acquise, car la congénitale n'a jamais été signalée, semble être la conséquence d'une hyperhémie de ce viscère, aboutissant au gigantisme utérin avec hyperplasie. Ces gros utérus sont plus que tous autres favorables à l'installation d'une rétroversion utérine.

Les atrésies localisées au canal cervical constituent une lésion très fréquemment rencontrée chez de telles malades. Elles ont servi à établir la théorie obstructive des auteurs anglais. L'obstacle portant au niveau du canal peut être d'origine congénitale par obstruction, ou rétrécissement à ce niveau, ou l'origine acquise par déviation utérine secondaire.

Le rétrécissement porte plus souvent sur l'orifice externe que sur l'orifice interne, il entraîne une dilatation et

une déformation de la cavité cervicale et derrière cet orifice rétréci se collecte un mucus plus ou moins abondant qui, formant bouchon, gêne l'écoulement sanguin. Les malades frappées par cette affection souffrent le plus souvent dès l'établissement de leurs règles et en tous les cas très peu de temps après. Cet état favorise d'ailleurs l'infection, l'endocervicite et la congestion utérine.

Le rétrécissement de l'orifice interne est le plus souvent secondaire à une antéflexion.

Mais les lésions congénitales rencontrées le plus souvent à la base des phénomènes dysménorrhéiques sont représentées par les déviations utérines. Il s'agit souvent alors dans ces cas d'antéflexion ou d'antéversion, qu'il s'agisse d'antéflexion congénitale ou d'antéflexion acquise secondaire à des processus inflammatoires telles que la paramérite postérieure.

A côté de ces faits, il faut signaler la possibilité de dysménorrhée par tumeur utérine et nombre de fibromes latents de l'utérus se développant dans la cavité sont à la base de phénomènes douloureux s'installant au moment des règles par suite de l'obstacle qu'ils représentent à l'écoulement sanguin.

S'il s'agit de polypes le diagnostic en est aisé au simple toucher vaginal, mais dans nombre de cas, il s'agit de petits fibromes développés aux dépens de la cavité et ne se manifestant par aucun symptôme physique à l'examen.

Les altérations si fréquentes de l'endomètre sont souvent à la base des dysménorrhées dites inflammatoires ; l'utérus devient en effet le siège de phénomènes conges-

tifs entraînant une augmentation de sa sensibilité, qui est exagérée, par l'apparition de la fluxion menstruelle, et les phénomènes sont d'autant plus marqués qu'il s'y est associé une déviation utérine. Pour Doléris, la douleur serait la résultante de trois facteurs : le spasme de l'orifice interne ; les végétations polypoïdes de la muqueuse et la flexion du corps aboutissant à l'obstruction. Pour lui « ces épreintes douloureuses ont leur point de départ dans la hernie du bourrelet congestionné à travers l'orifice interne, très irritable par inflammation ».

Dans ce chapitre des infections locales, il faut signaler la possibilité de paramérite et en particulier de paramérite postérieure, cause fréquente de douleurs prémenstruelles par suite des tiraillements qu'elle entraîne dans les ligaments utéro-sacrés. Enfin les lésions tubaires anciennes, refroidies et chroniques, associées ou non à des lésions ovariennes sont susceptibles d'entraîner des phénomènes douloureux de même nature.

2) *Causes annexielles* : Gallard a le premier attiré l'attention sur l'importance des lésions ovariennes dans les dysménorrhées. Ce sont d'ailleurs surtout des lésions petites, plus ou moins latentes qui sont à la base des troubles observés et beaucoup plus rarement il s'agit de salpingite évidente et grossière à l'examen clinique. Il peut s'agir de phénomènes purement congestifs portant exclusivement sur la trompe, entraînant des douleurs salpingiennes ; il s'agit alors d'une menstruation tubaire, douloureuse. Les lésions ovariennes susceptibles de déterminer l'apparition de ces règles vicariées sont

extrêmement nombreuses. Dans certains cas il s'agit de périovarite, de prolapsus de l'ovaire, de varicocèle tubo-ovarienne ou de dispositions vicieuses du pavillon tubaire entraînant l'hématocèle cataméniale des vierges, mais dans le plus grand nombre des cas, il s'agit de sclérose ovarienne ou d'ovarite scléro-kystique. Les ovaires sont petits et scléreux, les trompes ouvertes et minces, en même temps que l'utérus est aplasié et la mobilité excessive par suite de la gracilité et de la distension de ces ligaments. Ces cas relèvent souvent de tuberculose ou de syphilis unilatérale.

II. - Causes générales

* A côté de ces causes locales il faut signaler l'importance du terrain qui est plus ou moins propre à l'évolution de ces phénomènes douloureux, et l'on peut distinguer le terrain infectieux, le terrain arthritique ou endocrinien et le terrain nerveux.

Parmi les infections chroniques, la tuberculose latente est le plus souvent rencontrée. Il s'agit alors de tuberculose acquise de l'enfance, se manifestant par des troubles très divers, frappant la nutrition générale de l'organisme. Dans d'autres cas, il s'agit de tuberculose acquise plus tardivement et entraînant l'apparition ou l'exagération des troubles dysménorrhéiques. Il serait intéressant dans ces cas d'étudier les différentes modifications apportées aux échanges nutritifs et au métabolisme basal.

Dans quelques cas, la dysménorrhée semble relever d'un terrain arthritique et actuellement on admet la possibilité de lésion des glandes endocrines chez de telles malades. Il s'agit souvent de femmes asthéniques, à poitrine et abdomen étroits, mal développées, à membres trop grand, à ptoses viscérales fréquentes. D'autres se présentent comme des spasmophiles dont les migraines, les névralgies fugaces, les troubles digestifs, le prurit extériorisent le dysfonctionnement des glandes endocrines.

Il nous reste maintenant à étudier le rôle du terrain nerveux dans l'étiologie de la dysménorrhée. Comme dans toute affection douloureuse, le rôle du système nerveux est évidemment prépondérant. Les rapports entre les organes génitaux et le système nerveux sont intimes et normalement la menstruation entraîne même chez une femme saine un état de dépression ou d'excitation souvent accusé.

Il importe d'ailleurs de distinguer les nerveuses simples, dont la muqueuse utérine, jouissant d'une sensibilité particulière, facilite l'apparition d'une dysménorrhée spasmodique. A côté de ces cas les plus simples, Vedeler a insisté sur l'hystérie comme facteur de troubles dysménorrhéiques. La dysménorrhée hystérique peut être un accès complètement développé avec son aura initial, ses crampes cloniques et toniques et sa terminaison habituelle... Dans certains cas, l'aura peut manquer et tout se limite à une mauvaise disposition de la patiente. Les sensations douloureuses s'accompagnent de crampes dans les autres organes, le plus souvent l'estomac et la vessie. Les douleurs accusées au niveau des ovaires, sur-

tout à gauche, ont le plus souvent leur siège dans la paroi abdominale. Ce sont parfois des zones d'hyperesthésie, avec, au centre, une zone limitée d'anesthésie.

L'hémorragie menstruelle disparaît parfois à la suite d'une crise dysménorrhéique, et ce fait résulterait d'une véritable crampe vasculaire supprimant l'hypérémie cause de l'hémorragie.

Enfin, certaines dysménorrhées sembleraient relever d'une hypervagotonie congénitale ou acquise (Laignel-Lavastine). De ces cas il faut rapprocher les douleurs dysménorrhéiques guéries par la cocaïnisation de la muqueuse nasale. C'est la théorie nasale de la dysménorrhée, bien étudiée en Allemagne. Pitoux en a résumé les conclusions dans sa thèse (Bordeaux, 1902).

1) Il existe chez les dysménorrhéiques, dans les trois quarts des cas environ, des relations entre les organes génitaux et certaines zones de la muqueuse nasale (cornet inférieur et tubercule de la cloison).

2) Ces zones sont très douloureuses au toucher pendant la menstruation.

3) Leur cocaïnisation amène une disparition des douleurs dysménorrhéiques lombo-abdominales.

4) Cet effet sédatif n'est pas dû à la vaso-constriction, puisque l'adrénaline ne produit pas la même cessation des douleurs. Il n'est pas dû non plus à l'euphorie cocaïnique. La cocaïnisation répétée des zones génitales a parfois un résultat thérapeutique durable. Ce résultat est plus constant lorsqu'on détruit ces zones par le galvano-cautère ou l'électrolyse bipolaire.

L'ensemble constitue le nasal réflexneurosen ou syndrome de Fliess, où, aux douleurs utérines et lombosacrées, s'ajouteraient des névralgies faciales ou orbitaires dans le domaine du nerf tri-jumeau.

Etude Clinique

La multiplicité des causes permet difficilement de donner une classification satisfaisante des différents types de dysménorrhées. C'est ainsi que certains auteurs (Cotte) étudient la dysménorrhée ovarienne et utérine.

Pour Pozzi, il existe une dysménorrhée utérine, ovarienne et sympathique.

Pour Routh, une dysménorrhée obstructive, vraie et nerveuse, ou spasmodique, congestive vraie et congestive inflammatoire, ovarienne.

Silberschatz différencie la dysménorrhée organique (mécanique ou congestive) et la dysménorrhée nerveuse.

Nous étudierons successivement trois grands groupes en nous basant sur les terrains cliniques :

- 1) La dysménorrhée mécanique.
- 2) La dysménorrhée congestive.
- 3) La dysménorrhée nerveuse.

Ces trois groupes pouvant s'intriquer et donner des formes mixtes et complexes.

I. - Dysménorrhée mécanique

Il s'agit, comme nous l'avons vu, d'altérations congénitales ou acquises de l'utérus, telles qu'utérus infantile, myomes ou polypes.

Les douleurs débutent généralement deux jours au plus avant l'installation des règles, et ces dernières s'annoncent le plus souvent par une augmentation des douleurs le jour même de l'hémorragie, conséquence du passage des caillots ou des membranes au niveau d'un col rétréci ou dévié. Elles cèdent et diminuent lorsque les règles sont bien établies. Ces douleurs revêtent le type par obstacle, et se manifestent par des coliques utérines paroxystiques et intermittentes, analogues aux petites douleurs de l'accouchement.

Cette dysménorrhée est souvent associée à la stérilité. C'est la dysménorrhée obstructive, bien différente de la dysménorrhée névralgique qui s'accompagne de ténésme vésical et rectal et de névralgies dans les nerfs du voisinage : obturateur, sciatique, ou éloignés : névralgies faciales ou intercostales.

La névralgie obstructive relève surtout d'un traitement local.

II. - Dy ménorrhée congestive

Dès son apparition, la congestion menstruelle provoque des douleurs.

Ces douleurs prémenstruelles précèdent de 4 à 8 jours l'apparition des règles ; elles sont continues, exception-

nellement paroxystiques. Ce sont des douleurs sourdes, de tension et de pesanteur, présentant des irradiations dans l'aîne, l'hypogastre et les lombes ou à la face interne de la cuisse, dans le domaine du nerf obturateur, ou à la fesse dans le territoire du nerf sciatique.

Elles occasionnent assez souvent des troubles réflexes viscéraux, avec nausées, vomissements, contractures ou météorisme abdominal ; cette crise peut être éphémère ou durer plusieurs jours, elle peut être maxima d'emblée ou progressive.

Si les phénomènes congestifs prennent naissance au niveau de l'ovaire, des points douloureux sont constatés à l'examen ou localisés à droite ou à gauche ou des deux côtés.

Un toucher vaginal pratiqué à ce moment, permet parfois de percevoir un gros utérus, globuleux et douloureux.

Il est rare que ces phénomènes persistent toute la durée des règles, et ils cèdent au bout de quelques jours, entraînant un soulagement sur lequel insistent la plupart des malades.

Ce type de dysménorrhée par congestion revêt souvent la forme de dysménorrhée utérine.

A leur base se trouvent souvent des troubles cryptolésionnels des annexes tels qu'une ovarite scléro-kystique, un hématome de l'ovaire, et cette notion pathogénique est de première importance au point de vue chirurgical.

III. - Disménorrhée nerveuse

Les caractères négatifs de l'examen de l'appareil génital forcent bien souvent les cliniciens à étiqueter nerveuses un certain nombre de dysménorrhées. Chez la femme nerveuse, la sensibilité est à la merci de la moindre congestion menstruelle, et chez ces malades la muqueuse utérine hyperesthésiée rompt l'équilibre nerveux. Ce sont souvent de petites lésions qui donnent les troubles les plus graves.

Les phénomènes douloureux affectent le type spasmodique ou névralgique.

La forme spasmodique est le plus souvent précédée de névralgies faciales ou frontales. La douleur dure quelques minutes, parfois une heure, puis elle cesse brusquement. Doléris a constaté qu'elle s'accompagnait d'un spasme entraînant une rigidité temporaire du col et le rendant infranchissable au moment de la crise.

Cette forme spasmodique s'accompagne de troubles réflexes accusés, tels que vomissements, palpitations, douleurs lombaires et les règles sont suivies d'un état d'épuisement persistant plusieurs jours.

La dysménorrhée névralgique semble être plus particulière au terrain hystérique. Ce sont, dans certains cas, des douleurs névralgiques à caractère diffus, dont la malade ne peut donner une définition satisfaisante.

Dans d'autres cas, ce sont des zones douloureuses siégeant avec prédilection au niveau des ovaires et décelables à la palpation abdominale dans les fosses iliaques ou au toucher vaginal dans les culs-de-sacs latéraux.

Traitement

Le traitement de la dysménorrhée, reposant sur le diagnostic causal, comporte cependant de nombreuses difficultés.

Il est malaisé, en clinique, de distinguer la dysménorrhée mécanique de la dysménorrhée congestive ou nerveuse.

Les cas sont généralement compliqués et les formes associées sont les plus fréquentes.

Il existe, tout d'abord, un traitement symptomatique, celui de la crise. Il consiste dans les prescriptions hygiéniques et l'administration de préparations galéniques :

Repos au lit pendant 24 à 48 heures, suivant l'intensité des crises, applications chaudes sur le ventre, lavements laudanisés, suppositoires à base d'extrait thébaïque, de belladone ou d'antipyrine, etc.

L'extrait de seneçon, l'apiol ou le gelsemium ont été préconisés par certains auteurs.

Mais ce n'est qu'une thérapeutique d'urgence et il faut, autant que possible, instituer un traitement étiologique.

Celui-ci est souvent complexe et donne parfois des échecs. C'est ainsi qu'il ne suffit pas toujours de re-

dresser une antéflexion ou de dilater un orifice cervical trop étroit pour voir disparaître les phénomènes douloureux ; il faut souvent essayer le traitement par le massage et la diathermie et parfois même recourir à une intervention chirurgicale qui peut révéler l'existence d'une ovarite scléro-kystique concomitante et latente.

Il en est de même de la dysménorrhée congestive, qui bénéficie parfois du traitement physiothérapique, mais il faut souvent y associer l'opothérapie pour parer à la déficience glandulaire.

Quant à la dysménorrhée nerveuse, elle est peut-être la plus difficile à traiter, car le plus souvent l'examen gynécologique reste négatif.

La forme avec névralgies multiples et migraines peut parfois être traitée par le massage, qui en étirant les tissus, les assouplit et éloigne les filets du sympathique pelvien.

On peut y associer en cas de migraines le massage de la nuque qui rend de véritables services, en supprimant les migraines et les phénomènes réflexes tels que nausées et vomissements.

Certain auteurs préconisent des piqûres anti-spasmodiques et des cures hydro-minérales à Nérès, Plombières ou Evaux.

Récemment, les chirurgiens modernes ont essayé la section du sympathique pelvien qui donne parfois d'excellents résultats.

Observations Personnelles

OBSERVATION I

(Dysfonctionnement endocrinien)

Verr. S., âgée de 26 ans, est examinée pour la première fois le 15 octobre 1927. Les règles se sont installées vers l'âge de 11 ans, mais la malade a été toujours mal réglée présentant des retards de 5 à 6 mois, ayant été une fois jusqu'à un an. En avril 1927, les règles surviennent normalement puis s'arrêtent, pour ne réapparaître qu'en août ; durant tout ce mois, elle perd très peu, mais d'une façon permanente. L'arrêt de ces métrorragies survient du 2 au 5 septembre.

Puis elle perd à nouveau et présente quelques coliques utérines.

Le 9, une hémorragie accompagnée de douleurs violentes survient, la perte sanguine continue abondante jusqu'au 14.

Depuis, elle perd sans arrêt, mais très peu.

Il n'existe pas de pertes blanches. Mariée depuis trois ans, la malade n'a présenté ni grossesse ni fausse couche ; elle a toujours été obèse et a présenté des convulsions dans la première enfance.

Examen physique : le toucher vaginal montre un utérus à type infantile légèrement basculé en arrière et l'examen au spéculum montre l'origine utérine des hémorragies.

On institue une thérapeutique mixte endocrinienne et physique.

On administre à la malade des extraits d'ovaires, d'hypophyses de surrénale et de thyroïde en même temps que du chlorure de calcium.

Quatorze massages sont pratiqués et 14 séances de diathermie.

Actuellement la malade ne souffre plus et ne perd plus depuis deux mois.

OBSERVATION II

(Dysménorrhée et rétroversion utérine)

Leg... H., âgée de 24 ans, est examinée à la consultation le 22 novembre 1927. Elle accuse des douleurs du ventre prédominant du côté droit, apparues il y a quelques mois et depuis persistantes, en même temps que des pertes jaunes assez abondantes tachant le linge.

La malade a toujours été bien réglée quand à la date des époques, mais les règles ont toujours été très peu abondantes, et insuffisantes.

Dans ses antécédents on ne retrouve aucune trace de fausses couches, la malade n'a jamais eu d'enfants.

Elle n'est pas constipée et ses mictions sont normales.

Examen physique : Le toucher vaginal montre un utérus très petit, rétroversé, mais cette rétroversion n'est pas fixe et est réductible. Les annexes sont apparemment saines.

Thérapeutique instituée : on institue un traitement mixte par le massage et la diathermothérapie avec électrode rectale et plaque abdominale.

A la suite d'une série de quinze séances l'utérus reprend sa position normale.

Revue le 5 janvier on constate que l'utérus est en position normale.

OBSERVATION III

(Dysménorrhée et rétroversion)

Cr... R., âgée de 22 ans, est examinée pour la première fois le 21 décembre 1926 et elle vient consulter pour des douleurs bilatérales dans les deux fosses iliaques, accompagnées de pertes blanches abondantes. Les règles remontent à l'âge de 12 ans, la malade n'accuse ni grossesse ni fausse couche.

Les règles sont douloureuses pendant toute leur durée, la constipation est habituelle.

Examen physique : Le toucher vaginal permet de reconnaître une déviation latérale et postérieure de l'utérus, ce dernier est petit, à type infantile. Le cul-de-sac gauche est légèrement empâté et douloureux ; le spéculum révèle l'existence d'une métrite légère du col utérin.

Traitement : La malade est examinée par Mme le Docteur Francillon Lobre, qui lui conseille un traitement double par la diathermie et le massage gynécologique.

La malade est soumise à un traitement bihebdomadaire. On commence par une séance de diathermothérapie d'une durée de 10 à 20 minutes : électrode rectale avec plaque abdominale.

Puis, on lui fait un massage gynécologique toujours suivi d'un massage de l'intestin pour régulariser et améliorer le fonctionnement du tube digestif.

On termine enfin par un pansement vaginal à l'argyrol.

Au bout de 12 séances de ce traitement mixte par le massage gynécologique et la diathermie, la malade, très améliorée au point de vue de la douleur, cesse son traitement, quoique ses règles restent encore insuffisantes.

OBSERVATION IV

Dysménorrhée et stérilité

T... L..., âgée de 23 ans, vient consulter le 8 décembre 1927, parce que, mariée depuis 4 ans, elle n'a jamais eu ni fausse couche ni grossesse, et désire avoir des enfants.

Les règles régulières durent environ 8 jours, elles sont très abondantes ; le sang est noirâtre et la malade présente des douleurs dans les fosses iliaques le jour de leur installation.

Entre les règles, surviennent des pertes blanches assez importantes, qui cèdent à quelques injections de permanganate de potasse à dose faible.

Examen physique : Le toucher vaginal montre un gros utérus avec rétroversion mobile, un col long mais sain, les annexes semblent normales.

Traitement : La malade est vue par Mme le Docteur Francillon Lobre, qui lui conseille un petit traitement par la diathermie et le massage pour régulariser et améliorer sa fonction menstruelle, mais la malade ne suit qu'un court traitement qui arrive cependant à l'améliorer légèrement et elle est soumise ensuite à une insufflation tubaire en vue du traitement de la stérilité pour laquelle surtout elle a consulté.

OBSERVATION V

Dysménorrhée et utérus infantile

Mor... E..., âgée de 27 ans, vient consulter le 11 décembre 1926, pour des douleurs prémenstruelles siégeant dans le bas-ventre, survenant 8 jours avant les règles, mais ne les accompagnant pas. L'installation des règles s'est faite normalement à l'âge de 11 ans, la malade n'a jamais eu de fausse couche, mais a accouché de deux enfants avant terme, à 8 mois.

On a pratiqué sur elle deux interventions :

1) Une appendicectomie pour appendicite adhérente le 20 mai 1920.

2) Une colectomie droite pour adhérence cæco-colique, le 20 novembre 1920.

La dysménorrhée remonte au second accouchement. Les règles ne durent pas plus d'une demi-journée.

Il n'existe pas de pertes blanches, ni de troubles de la miction. La malade a une certaine tendance à la constipation.

Examen physique : Le toucher vaginal permet de sentir un utérus petit, en situation normale, un col gros ; on ne constate aucune lésion annexielle.

L'examen au spéculum montre l'existence d'une métrite cervicale avec ulcération du col.

Traitement : Le 14 décembre 1920 la malade commence un traitement par le massage et la diathermie, on lui conseille en outre, de faire un traitement opothérapique à l'aide de l'agomensine Ciba. La malade ayant subi une série de 10 séances interrompt son traitement gynécologique ; légèrement améliorée, car on lui conseille une intervention chirurgicale pour les troubles intestinaux intenses qu'elle présentait à ce moment-là.

OBSERVATION VI

Dysménorrhée avec insuffisance ovarienne et appendicite chronique

Boin... L., âgée de 40 ans, vient consulter le 10 octobre 1926, pour une crise douloureuse qui lui est survenue il y a environ un mois ; cette crise siégeant dans la région appendiculaire est survenue au milieu du repas et s'est accompagnée d'un vomissement alimentaire suivi d'un second à la suite de l'absorption d'une tasse de tisane de camomille. Dans

les jours suivants, il persiste quelques nausées, mais pas de vomissements. La douleur persiste, mais actuellement elle est plus basse et a pris les caractères d'une pesanteur dans le bas-ventre. On ne note aucune constipation, mais par contre, des envies fréquentes d'uriner.

Antécédents personnels : Les règles se sont installées à l'âge de 12 ans et demi, elles ont toujours été régulières, mais très peu abondantes : la malade n'a pas d'enfants et n'a jamais présenté de fausse couche.

On a pratiqué sur elle quelques dilatations du col utérin en 1924.

Examen physique : montre au toucher vaginal un utérus petit, légèrement fibreux, antéfléchi et mobile et un col sténosé.

La palpation montre l'existence d'un point douloureux appendiculaire et d'un point vésiculaire.

Traitement : Etant donné que l'orifice cervical est très étroit et l'utérus infantile, Mme le Docteur Francillon Lobre conseille à la malade des dilatations de l'orifice par des effluves intracervicales et des massages gynécologiques pour essayer de développer son utérus.

En même temps, pour régulariser son flux menstruel on lui prescrit des cachets mixtes d'ovarine et de thyroïdine, à raison de 0,08 par cachet.

Après trois séances d'effluves cervicales que la malade supporte mal, on interrompt ce traitement et l'on ne fait que des massages gynécologiques pour assouplir les tissus.

La malade se sent très améliorée après une série de 15 massages, mais la stérilité persiste. Mme le Docteur Francillon Lobre lui conseille alors une insufflation tubaire.

OBSERVATION VII

Dysménorrhée et antéflexion

Men... A., âgée de 36 ans, vient consulter le 26 septembre 1927, pour des douleurs permanentes siégeant dans le bas-ventre, bilatérales, diminuant au moment de l'installation des règles.

Elle n'accuse aucune perte blanche.

Réglée dès l'âge de 15 ans, la malade n'a jamais eu d'enfant et n'a pas présenté de fausses couches.

Elle n'est pas habituellement constipée et n'a jamais eu de troubles mictionnels.

Les règles très peu abondantes durent au maximum trois jours.

Examen physique : le toucher vaginal montre un utérus petit, antéfléchi, un col infantile et des annexes saines.

Traitement : On commence d'abord un traitement intra-cervical par des effluves non chaudes, ce qui dilate l'orifice du col et rend les règles moins difficiles. On continue ensuite par le massage gynécologique et après avoir eu une série de quinze massages, la malade, certainement améliorée au point de vue local, part à la campagne pour se reposer.

Position normale ; le col petit présente une ulcération que l'on traite à l'aide de pansements vaginaux.

OBSERVATION VIII (RICHELOT)

Congestion utérine, arthritisme, douleurs prémenstruelles

Mme C... M., neuro-arthritique, n'a jamais présenté de grossesse.

Ses règles sont de courte durée, peu abondantes, douloureuses avant et pendant. Depuis plusieurs années une migraine violente les accompagne.

Le col est petit, scléreux, non infecté.

L'utérus est peu volumineux, sensible au toucher. Le traitement institué consiste en injections chaudes et douches et les menstruations deviennent normales dans la suite.

OBSERVATION IX (CONRAD)

Varicocèle tubo-ovarien. Douleurs continues prémenstruelles

X..., vierge de 35 ans, souffrant depuis de nombreuses années de douleurs prémenstruelles et dysménorrhéiques, règles prolongées.

Différents traitements locaux et généraux ne donnent aucun résultat.

L'observation prolongée montre qu'avant et après les règles, il survient une tuméfaction de l'ovaire gauche et de la région circonvoisine. La douleur persistant dans cette région on fit une laparotomie en 1901.

Ovaire gauche peu augmenté. Lésions habituelles du varicocèle, veines variqueuses dans le hile de l'ovaire, hyperplasie modérée du stroma. Pas d'ovarite.

La dysménorrhée a disparu depuis 3 ans.

OBSERVATION X (PIERRA)

Congestion utérine arthristisme

Mlle T..., âgée de 16 ans, vierge.

Souche arthritique très nette.

Règles depuis six mois seulement, très douloureuses et prolongées de 6 à 8 jours.

M. Pierra est appelé pour ménorragie et coliques persistantes.

A la palpation, gros utérus, non douloureux, mou.

Les traitements médicaux échouent, par le massage l'utérus se durcit.

Régime antiarthritique pendant les intervalles menstruels.

Après 4 mois de traitement, règles normales.

OBSERVATION XI (ROUX DE BRIGNOLLES)

Dysménorrhée acquise, ovaire kystique, douleur continue

C. B..., domestique ; pleurésie à 18 ans, fièvre typhoïde à 23 ans, avec phlébite.

Depuis sa pleurésie, souffre du bas-ventre au moment des règles qui se prolongent huit jours.

Depuis un an leucorrhée.

Le 10 avril, molimen intermenstruel déterminant une hémorragie persistante.

Entre à l'hôpital le 19 avril 1904. Le repos au lit arrête l'hémorragie.

Au toucher, utérus gros, dévié dans le cul-de-sac gauche, ovaire volumineux, et fixe attenant à petit pyosalpinx, à droite, ovaire kystique, trompe également envahie.

Opération le 3 mai 1904.

Annexes enflammées, à droite kyste à contenu citrin, du volume d'une orange, appendu à l'ovaire kystique ; petit pyosalpinx à gauche, idem.

Ablation totale (procédé américain).

Guérison.

OBSERVATION XII (ROUX DE BRIGNOLLES)

Dysménorrhée congénitale ovaire kystique

V. P..., ménagère, 29 ans, réglée à 18 ans, a toujours souffert au moment des règles, qui progressivement ont diminué de durée et d'intensité.

Se plaint d'une grosseur dans la fosse iliaque droite.

Diagnostic hydrosalpinx.

Intervention le 10 novembre 1900.

Utérus fibromateux pas très gros. Hydrosalpinx droit. Ovaire droit macro-kystique. Trompe gauche augmentée de volume, ovaire kystique à gauche. Extirpation totale.

Guérison.

OBSERVATION XIII (ROUX DE BRIGNOLLES)

Dysménorrhée congénitale ; rétroversion et annexite

D. J..., journalière, 20 ans.

Antécédents héréditaires, peu chargés, sauf cinq sœurs mortes en bas-âge et arthritisme (migraine) de la mère.

Réglée à 14 ans, souffre à chaque menstruation et est obligée de s'aliter. Règles irrégulières.

Jeune femme pâle, non amaigrie, présentant à l'arrivée 39°, que le repos et la glace ramènent à la normale.

Fosses iliaques douloureuses avec irradiations.

Utérus petit, peu mobile, annexes augmentées de volume, atrocement douloureuses. Le traitement médical échoue.

Intervention le 21.

Utérus accolé et fixé au rectum : adhérences des annexes. Hystérectomie.

OBSERVATION XIV (ROUX DE BRIGNOLLES)

Dysménorrhée congénitale ; ovaire kystique

H. P..., jeune fille de 22 ans, réglée à 15 ans, a toujours souffert pendant les périodes menstruelles, mais depuis un an, l'acuité des douleurs est telle qu'elle doit garder le lit pendant trois ou quatre jours par mois.

Entre à la Clinique pour phénomènes douloureux continus.
Ventre peu sensible.

A droite, ovaire scléro-kystique, utérus normal.

Ovaire droit miriforme, augmenté de volume, surface hérissée de petits kystes, dont quelques-uns ont une coloration brunâtre. La trompe congestionnée est enlevée avec l'ovaire.
Le reste sain.

Guérison.

La jeune fille s'est mariée et a eu une grossesse.

OBSERVATION XV (ROUX DE BRIGNOLES)

Dysménorrhée congénitale, ovaire kystique

G. J..., 26 ans, servante à l'Hôtel-Dieu, réglée à 16 ans.
Dysménorrhée mēstruelle d'abord, puis intermenstruelle.

Douleurs continues et hémorragies à la suite. Curettage. Pas d'amélioration. Salpingo-ovariectomie gauche pour sclérose annexielle. Récidive à droite après six mois. Hystérectomie.

Guérison.

OBSERVATION XVI (ROUX DE BRIGNOLLES)

Dysménorrhée congénitale : ovaire kystique

R. B..., 27 ans, domestique.

Santé délicate, antécédents difficiles à préciser, scrofulose dans l'enfance, réglée à 15 ans.

A souffert fréquemment au moment de ses règles.

Depuis 6 mois, douleurs dans la fosse iliaque gauche qui ont pris un caractère d'acuité de plus en plus grande.

En août 1902, utérus normal, ovaire gauche microscopique.

En septembre et octobre exaspération des douleurs qui persistent même en dehors des règles.

Le tempérament nerveux explique en partie l'acuité des douleurs.

Le 16 octobre 1902, ablation des annexes droites, ovaire bourré de petits kystes ; à gauche excision d'un petit kyste ovarien pédiculé.

Le 18 octobre 1902, apparition des premières règles, accompagnées de légers troubles qui ne se sont plus manifestés depuis.

OBSERVATION XVII (ROUX DE BRIGNOLES)

Dysménorrhée congénitale ; arthritisme, ovaire kystique

L. V..., arthritique nerveuse de 29 ans, a toujours eu de la dysménorrhée plus ou moins améliorée par des traitements médicaux ou thermaux.

Jusqu'alors on diffère l'intervention.

Les douleurs deviennent continues ; à l'examen : à droite, ovaire et trompe paraissant sains ; à gauche, petite tumeur appréciable par le palper bimanuel, à sensibilité exquise et paraissant fixée à l'anse oméga, ce qui expliquerait les poussées fréquentes d'entérite muco-membraneuse.

Laparotomie le 12 novembre 1904. Utérus sain ; à gauche, trompe volumineuse contournée, ovaire licro-kystique et adhérent à la dernière partie du côlon descendant.

Guérison définitive.

OBSERVATION XVIII (ROUX DE BRIGNOLES)

Dysménorrhée congénitale, ovaire kystique

B. E..., 27 ans, domestique, tardivement réglée (15 ans), a souffert dès la première menstruation, depuis 6 mois douleur dans la fosse iliaque gauche très aiguë.

Examen : utérus normal, masse ovarique légèrement augmentée de volume à gauche, adhérente à l'utérus très sensible.

Nervosisme extrême confinant à la manie, réclamant une intervention.

Jusque là les phénomènes se calment avec la fin des règles, à partir de septembre plus d'arrêt dans la douleur et phénomènes nerveux augmentant, intervention.

Utérus sain, adhérences en arrière, sectionnées au ciseau.

Ovaire droit micro-kystique. Petit kyste pédiculé à gauche, que l'on enlève après ligature.

Conservation de l'utérus et annexes gauches.

Guérisson. Les règles de novembre et décembre se font sans douleur. L'état général est excellent.

OBSERVATION XIX (ROUX DE BRIGNOLES)

Dysménorrhée acquise ; appendicite et ovaire gauche kystique

X..., religieuse, âgée de 28 ans, très nerveuse. Ménorragies douloureuses.

Crises d'appendicite fréquentes. Diagnostic : appendicite et ovarite.

A la suite d'une crise, laparotomie le 10 juin 1904.

Appendice très long, congestionné, ovaire gauche très dur, est enlevé ; cautérisation à la pointe fixe du thermo des petits kystes de l'ovaire droit.

Le 13 juillet, règles indolores.

Depuis cette époque la région ovarique droite est devenu douloureuse.

Il est probable que le travail de sclérose a continué son action sur l'ovaire qui paraissait sain.

OBSERVATION XX (VEDELER)

Antéflexion ; hystérie ; phénomènes réflexes ; douleurs névralgiques.

X..., 29 ans, couturière.

Réglée à 15 ans : 3-4 jours régulièrement sans douleurs.

Se plaint d'un bouton siégeant au cou et lui donnant des suffocations ; se plaint aussi du bras gauche insensible.

A eu des attaques d'hystérie.

Vulve peu développée, hymen dilaté.

Utérus petit, en antéflexion facilement mobile, insensible.

Orifice externe normal.

Trois jours après cet examen, douleurs légères précédant les règles.

Ces derniers mois, elle a des douleurs dans tout le corps avec grande hyperesthésie, comparées à celles produites par atouchement du bord d'un ulcère.

Gémissements, paroi abdominale contractée.

A l'examen, l'utérus est sensible à la mobilisation.

Pouls et température normaux.

Bon état général.

Trois ans après, règles toutes les 4 semaines (2-3 jours).

La veille de l'écoulement, terribles douleurs suprasymphysaire d'un caractère continu.

Les douleurs cessent à l'écoulement.

Zone d'anesthésie sur tout le corps.

Côté gauche du bas-ventre sensible à la palpation profonde seulement.

Zone hypersensible sur le col à gauche et un peu en avant.

OBSERVATION XXI (VEDELER)

Antéflexion : hystérie, phénomènes réflexes, douleur névralgique.

X..., 25 ans, non mariée.

Réglée à 13 ans toutes les 4 semaines de 4 à 6 jours.

Sans douleurs dès le début, plus tard, douleurs dans le bas-ventre, non constantes le jour qui précède et le jour de l'écoulement.

Ces dernières années, douleurs cuisantes qui ont débuté dans le côté gauche du bas-ventre et se sont répandues à tout l'abdomen. L'année dernière, douleurs lombaires sous l'épaule et au-dessous du cœur.

Bien constituée ; pâle.

Le siège de la douleur est dans la région iliaque gauche d'une étendue de paume de main très sensible à une légère pression.

Vulve et vagin normaux.

L'utérus est tellement antéfléchi que le corps et le col sont presque ensemble.

Sensibilité à la pression.

Le ligament large gauche est raide, mais pas sensible.

Légères sécrétions claires.

Bromure de potassium ; la menstruation qui suit est sans douleur.

Les suivantes sont légèrement douloureuses, mais la malade n'y prête plus attention.

OBSERVATION XXII (VEDELER)

Antéflexion, hystérie ; phénomènes réflexes douleur spasmodique.

X..., 26 ans, mariée depuis 2 ans et demi.

Réglée à 12 ans toutes les 6 semaines sans douleurs.

Après mariage, les règles deviennent irrégulières, 2 jours avant l'écoulement grandes douleurs sous forme d'accès dans le côté droit du bas-ventre et dans les reins.

Maux de tête : les douleurs s'arrêtent quand l'écoulement commence et réapparaissent quand celui-ci cesse.

Bonne santé générale : quelques crises d'hystérie.

Sœur hystérique.

A des idées de suicide, elle est mariée de façon malheureuse.

Un peu de sensibilité à la pression profonde de la région ovarienne droite.

Vulve et vagin normaux.

Utérus petit, un peu antéfléchi, sensible sur le côté gauche du col.

L'utérus est dévié à gauche et l'on constate à ce niveau un empâtement du ligament large.

La mobilisation vers la droite provoque des douleurs.

Ovaire gauche normal un peu sensible à la pression.

Col normal, léger écoulement jaunâtre.

Traitement par la méthode d'Apostoli.

L'utérus revient à sa place.

Rencontrée plus tard séparée de son mari.

Règles indolores.

OBSERVATION XXIII (VEDELER)

Rétroversion ; hystérie ; phénomènes réflexes ; douleurs spasmodiques.

X..., 23 ans, non mariée.

Réglée à 13 ans toutes les 4 semaines de 6 à 7 jours.

Sans douleurs jusqu'à il y a 3 ans.

Autrefois, crise d'hystérie provoquée par un chagrin.

Depuis ce temps, terribles douleurs sous forme d'accès dans tout le bas-ventre et se continuant les premiers jours.

Elle est abattue et fatiguée.

Peu de sommeil.

Léger appétit ; se plaint de douleurs à gauche du bas-ventre avec troubles de la miction sensation de brûlure.

La malade est geignarde.

Sensibilité à la palpation profonde dans la région ovarienne gauche.

Vulve normale, hymen déchiré, utérus rétroversé un peu gros, facilement réductible.

Sensible au mouvement et à la pression.

Col et vagin en bon état.

Un peu de sécrétion claire.

Ergotine sans effet.

Crise d'hystérie classique pendant une menstruation.

Cathétérisme de la cavité utérine une seule fois.

Ménstruations suivantes indolores, puis récidive cédant au même traitement.

La malade s'est mariée et les menstruations sont indolores.

L'utérus est toujours en rétroversion.

OBSERVATION XXIV (RICHELOT)

Nervosisme ; douleur spasmodique.

Mme S..., 31 ans, mariée à 21 ans.

Douleurs menstruelles très vives à toutes époques.

Etat nerveux avec recrudescences fréquentes sans motif.

Stérité ; utérus et annexes d'une intégrité parfaite sans catarrhe ni infection.

28 novembre 1906 :

Rupture de grossesse tubaire et laparotomie.

Mois de juillet 1908 :

Hydrothérapie (douches vaginales et générales).

Règles douloureuses au cours du traitement, mais normales dans la suite.

Conclusions

I. La dysménorrhée est un état pathologique périodique caractérisé par la difficulté de la menstruation et des douleurs qui la précèdent ou l'accompagnent.

II. Elle relève de trois grands groupes de facteurs et elle peut être, symptomatique d'un obstacle mécanique, de troubles congestifs ou de phénomènes réflexes, soit isolés, soit associés.

III. Parmi les troubles locaux il faut faire une place à part aux malformations congénitales et à la paramétrite postérieure ou Douglassite.

IV. Cliniquement, on peut distinguer trois formes :

1) La dysménorrhée mécanique, où la douleur paroxystique à type de colique utérine débute avec l'écoulement sanguin ou deux jours avant au maximum, pour céder complètement lorsque les règles sont bien établies.

2) La dysménorrhée congestive, où la douleur continue prémenstruelle ne cède pas à l'installation du flux sanguin.

3) La dysménorrhée nerveuse, pouvant affecter deux

types : intermittente et spasmodique ; ou continue et névralgique avec troubles réflexes marqués.

V. Le diagnostic et les pronostics sont essentiellement basés sur l'examen local et général.

VI. Le traitement est complexe et ses données varient avec la cause, partant avec chaque malade. Dans certains cas, la dysménorrhée relève du traitement chirurgical : dans d'autres, des agents physiques, enfin le plus souvent l'opothérapie sera un adjuvant précieux.

Vu le Doyen,

Vu le Président,

ROGER.

A. GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLETY.

Bibliographie

- ABEL Carl. — Traitement des métrorragies et de la dysménorrhée par le styptol. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1905, n° 34, p. 1073.
- ALEXANDROFF. — Le traitement opératoire de la dysménorrhée d'origine mécanique. — *Vretsch*, juin 1901, n° 24.
- BENTHIN. — Indication d'intervention dans les dysménorrhées. *Medizinische Klinik Berlin*, an XXII, n° 47, 19 novembre 1926.
- BERARD. — Utérus didelphe à corps indépendants ; dysménorrhée ; ablation de l'hémi-utérus gauche borgne, guérison. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 17 janvier 1907.
- BLOCK. — Some observations of the treatment of dysménorrhée. — *Am. J. of Obst. dec.* 1925.
- BRANDESS. — Sur le traitement de la dysménorrhée idiopathique. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift (Berlin)* an L, n° 19, 9 mai 1924.
- BRINDEAU. — Traitement de la dysménorrhée. — *Bull. Médic.*, XX, 1907.
- BRETTAUER J. — Dysménorrhée améliorée par le traitement nasal. — *Amer. Gyn. Soc.* 23 mai 1911 ; in the *American J. of Obstetrics and diseases of women and Children*, vol. LXIV, août 1911, n° 2, p. 214.
- BUDEN. — Diathermie et menstruation, le traitement diathermique de la dysménorrhée. — *Prog. Méd.*, n° 23, 4 juin 1927.

- BRICKNER S. M. — Revue de 73 cas d'opérations de Dudley pour Dysménorrhée et stérilité. — *Surgery Gynecology and Obstetrics*, nov. 1911, vol. XIII, n° 5, p. 510.
- CASTANO. — Un nouveau signe pour le diagnostic de l'appendicite chez la femme : la dysménorrhée appendiculaire. — *Le Presse méd.* Argentina (Buenos Aires) an XI, n° 26, 20 février 1925.
- CLELAND. — Traitement des dysménorrhées graves (230 cas). — *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, New-York, vol. VIII, n° 3, sept. 1924.
- CHEINISSE. — Le benzoate de benzyle et ses applications thérapeutiques. — *Presse médicale*, 1920.
- COHN CZEMPIN. — Contribution au traitement de la dysménorrhée par un nouveau composé benzylique « betilon ». *Zentralblatt für Gynäkologie*, Leipzig. an LI, n° 5, 29 janvier 1927.
- CONDAMIN. — Etude sur la Douglassite : essai de pathogénie de la dysménorrhée dite essentielle. — *Lyon méd.*, an LVIII, n° 42, 17-10-26.
- COTTE. — Dysménorrhée, troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme, p. 425.
- Tuberculose inflammatoire. Dysménorrhée d'origine tuberculeuse. — *Gaz. des hôpitaux*, 1909.
 - La sympathectomie hypogastrique a-t-elle sa place dans la thérapeutique gynécologique. — *La presse méd.*, 24 janv. 1925.
 - Sur le traitement des dysménorrhée rebelles par la sympathectomie hypogastrique périartérielle ou la section du nerf présacré. — *Lyon méd.*, tome CXXXV, n° 6, 8 février 1925.
- COTTE et BERTRAND. — Sur l'exploration radiologique de l'utérus et des trompes après injection de lipiodol en cas de stérilité ou de dysménorrhée. — *Jour. Méd. de Paris*, an XLVI, n° 35, 30 août 1926.

- COTTE et DECHAUME. — Technique et indications opératoires des interventions sur le sympathique pelvien (sympathectomie périartérielle hypogastrique, section du nerf présacré) en gynécologie. — *Journal de Chirurgie* ; 1925, tome XXV, p. 653.
- DALCHE. — Maladies de l'ovulation. — Vigot, Paris, 1925.
— Dysménorrhée ; anaphylaxie. — *Revue Fr. de Gyn. et d'Obst.* — Paris, an XIX, n° 11, 10 juin 1924.
- DESPEIGNES. — Menstruation et Tuberculose. — Th. Lyon, 1925.
- DICK. — La forme psychique de la dysménorrhée et son traitement par l'hypnose. — *Arch. für gynakologie*, Berlin, T. CXXIV, fasc. 2, 3 juin 1925.
- DREYER. — Sur le traitement médicamenteux de la dysménorrhée. — *The Journal of the american medical association* (Chicago), LXXXIX, n° 8, 20 août 1927.
- EDELBERG et GALANT. — Sur la dysménorrhée psychotraumatique. — *Munchener medicinische Wochenschrift*, Allemagne, an. LXXII, n° 8, fe. 1921.
- EICK. — Über chronische. — Appendicitis insbesondere ihren Zussammenhang mit der dysmenorrhée. — *Mon. f. Geb. u. Gyn. L. XI.*
- ELTEK G. — Traitement de la dysménorrhée d'origine ovarienne par la résection de l'enveloppe de l'ovaire. — Association chirurgicale et gynécologique de l'Ouest, 28-29 déc. 1904.
— La décortication de l'ovaire dans la dysménorrhée ovarienne. — Sociétés Américaines Ass. Chir. et Gyn. de l'Ouest, 28-28, 12, 1904.
- EISENSTEIN K. et HOLOS J. — Tuberculose et menstruation. Guérison de la dysménorrhée et de l'aménorrhée par la tuberculture de Karl Spengler. — *Central b. für Gynokologie*, 1908, nov. 44.

- EMERY. — Dysménorrhée primitive spasmodique ; son traitement. — *The British Medical Journal* (Londres), n° 3523, 14 juillet 1928.
- FECIT. — La « spasmopurine » dans la dysménorrhée et dans les autres cas spastiques génito-urinaires et digestifs. — *Munchener Medizinische Wochenschrift*, an LXXIV, n° 17129-4-1927.
- FRANKI. — Dilatation et drainage prolongé de l'utérus, comme traitement de l'endométrite et de la dysménorrhée, surtout dans les cas de sténose du col. — *Zeitsche f. Gyn. et Gyn.*, 1901, Bd. 45, H. 3.
- GALLARD. — Leçons cliniques sur la menstruation et ses troubles, Paris, 1885.
- GAUSBAUMER. — Traitement de la dysménorrhée par la dilatation du col et de la cavité de l'utérus. — *Centralblatt für Gynakologie* (Leipzig), Tome 46, 18 nov. 1922.
- GOULLILOUD. — De la dysménorrhée par malformation utérine — Société de chirurgie de Lyon, 3 mars 1927.
- GRAFFENTERG. — Dysmenorrhoe und Tuberculose. — *Munchn. Med. Wochensch.*, 1910.
- HEYN. — Le métabolisme basal dans la dysménorrhée. — *Zentr. f. Gyn.* (Leipzig), an L, n° 7, 13 fév. 1926.
- HIRSCH M. — Des causes des douleurs de la menstruation. — *Zent. of Gyn.*, juil., 1924.
- Dysménorrhée des spasmophiles et causes des douleurs menstr. — *Zent. f. Gyn.*, mai 1924.
- HITSCHMANN et ADLER. — Die Dysmenorrhoea membranacea. — *Monatsch. f. Gyn. und Gyn.*, 1908, XXVII.
- HOFSTATTER. — La pathologie et le traitement de la dysménorrhée. — *Wiener Medizinische Wochens Autriche*, an LXXV, n° 26, 27 juin 1925.
- IRIBARNE. — A-propos du traitement de la stérilité féminine et de la dysménorrhée par le tube intra-utérin. — *Revista medica latina-americana* (Buenos-Aires), an XI, n° 127, avril 1926.

- KREISS. — A propos du diagnostic et du traitement de la dysménorrhée. — *La Gynécologie*, 1926.
- LANG. — Emploi de l'Ephédrine Merck comme sympathicotonique en gynécologie et particulièrement dans les dysménorrhées. — *Zent. f. Gyn. (Leipzig)*, n° 17, 23 avril 1927.
- LEGUEU. — Castration abdominale totale pour troubles dysménorrhéiques avec imperforation du vagin. — *Société de Chirurgie de Paris*, 1-6-1924.
- LEO. — Helminthiase et dysménorrhée douloureuse. — *Courrier Médical*, 1921.
- LERICHE. — Résultats de la sympathectomie faite sur les artères hypogastrique et ovarienne en gynécologie. — *Presse médicale*, II, 4, 25.
- Sympathectomie périartérielle hypogastrique pour dysménorrhée douloureuse, résultat datant de 5 ans. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 13-1-1927.
- LINDER F. — De la dysménorrhée nasale. — *Munc. Méd. Wochens.*, 1901, 22 à 23.
- LUDWIG. — Thérapeutique fonctionnelle de la dysménorrhée. — *Schweizerische medizinische. — Wochen. (Bale)*, an LII, nos 49-50, 28 déc. 1922.
- MACE DE LÉPINAY. — La dysménorrhée ovarienne. — *Journ. Méd. Français*, août 1925.
- MAHU. — Relations entré la muqueuse du nez et l'appareil génital de la femme. — *Presse médicale*, 1910.
- MANDELBAUM. — La dysménorrhée et son traitement. — *Zent. f. Gyn. (Leipzig)*, an XLIX, n° 5, 31 janv. 1925.
- MASSUM et ANSELM. — Dysménorrhée conception actuelle de son hispathogénie. — *La Prensa Medica Argentina (Buenos-Aires)*, an XI, n° 5, 20 juil. 1924.
- MATHIS P. — Contribution à l'étiologie et au traitement de la dysménorrhée. — *Monatschr. fur. Geb. un Gyn.*, 1908, Tome XXVIII, n° 1, p. 73-78.

- MEYER RUEGG. — Sur la dysménorrhée. — Schweizerische medizinische Wochen (Bache), an LIV, n° 14, 3-4-24.
- MERIEL. — Dysménorrhée ovarienne par kyste hématique volumineux de l'ovaire chez une fillette de 14 ans. — Société d'Obs. de Toulouse, 7 fév. 1911. C. R. de la Société d'Obs. et de Gyn. et de Pédiatrie de Paris, 1911, n° 2, p. 84.
- MILLER JEFF. — Quelques phases de la dysménorrhée. — Amer. Journ. of Obs. and Gyn. (Chicago), vol. IX, n° 4, avril 1928.
- MOENCH. — Action des insufflations tubaires d'acide carbonique dans la dysménorrhée. — The Journ. of The American medical Ass. (Chicago), LXXXIX, n° 8, 20 août 1927.
- MUNDELL. — Le succinate de benzyle dans la dysménorrhée. — Surgery Gyn. and Obs. (Chicago), vol. XXXV, n° 5, nov. 1922.
- NOE. — Dysménorrhée par utérus bicorne unicervical. — Nederlandsch. Tydschrift voor Geneeskund (Amsterdam); an. XVI, n° 13, 27 sept. 1924.
- NOVAK. — Douleurs intermenstruelles et dysménorrhée ovarienne. — Zent. f. Gyn., 1927.
- Zur Atropinbehandlung der Dysmenorrhoe. — Wien. Klin. Woch., janvier 1915.
- Dysménorrhées et sacralgies. — Wiener medizinische Wochen. an. LXXIII, n° 5, 27 janvier 1923.
- Sur la forme psycho-traumatique de la dysménorrhée. — Munchener Medizinische Wochens., an. LXXII, n° 15, 10 avril 1925.
- DE PAOLI R. — Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse. — Thèse Paris, 1904-5, n° 525.
- P. PETIT-DUTAILLIS. — A propos des troubles crypto-lésionnels en gynécologie. — La Gynécologie, oc. 1926.
- Efficacité d'une microexcision cunéiforme bilatérale du col sans sutures pour le traitement de la dysmé-

- nhorrée et de la stérilité liées aux malformations congénitales de l'utérus. — La Gynécologie, juillet 1925.
- Quelques observations de troubles purement trophiques. — La Gynécologie, mars 1926.
- PIERA. — Contribution à l'étude de la congestion utérine primitive. — La Gyn., 1904.
- POZZI S. — Traitement chirurgical d'une cause très fréquente de dysménorrhée et de stérilité. — Bull. de l'Académie de Médecine, 1909, 9 nov., p. 266.
- PRESTINI. — Considérations sur la dysménorrhée ; classification et traitement. — La Semana Medica (Buenos Aires), An. XXXIII, n° 34, 26 août 1926.
- QUACK. — Ein Beitrag zur Behandlung der Dysmenhorroe. — Mediz. Klinik, XII, fév. 1923.
- RICHELOT. — Congestion et sclérose de l'utérus. — La Gyn., 1901.
- ROUX DE BRIGNOLLES. — Sclérose utéro-annexielle. — La Gyn. 1909.
- SAHLER. — La dysménorrhée et son traitement. — Wiener Klinische Wochen. an XXXIX, n° 48, 25 novembre 1926.
- SANDERSON PHILIPPS. — Discussion sur la dysménorrhée des jeunes femmes. — The British Medical Journal (Londres), n° 3326, 27 septembre 1924.
- SCHMITT. — La fonction thyroïdienne dans la dysménorrhée. — Zent. f. Gyn. Leipzig, an XLIX, n° 33, 31 oc. 1925.
- Du traitement de la dysménorrhée et de la stérilité. — Zen. f. gyn., 1924.
- SCHWOERER et WICHMANN. — Résultats du traitement de la dysménorrhée par la dilatation à la manière de Menge. — Zent. f. Gyn. (Leipzig), an L., n° 32, 7 août 1926.

- SEMPSEY. — Traitement de la dysménorrhée au moyen de la méthode de Bossi. — Zent. f. Gynak., juin 1925.
- SILBERSCHATZ. — Contribution à l'étude de la dysménorrhée. — Gynak. Helv., 1905, p. 137. — Thèse Lausanne, 1904.
- SIREDEY. — La dysménorrhée. — La Gynécologie, Paris, An. XXII, avril 1923.
- La dysménorrhée utérine. — La Gynécologie, 1924.
- La dysménorrhée et les autorintoxications d'origine intestinale. — 1^{er} Congrès de l'Assoc. des Gyn. et Obs. de langue française, Brux. 1919.
- STRATZ. — Douleurs intermenstruelles et dysménorrhée ovarienne. — Zen. f. Gyn., 3 mai 1924.
- THEILHABER. — De la dysménorrhée. — Munch. Med. Wochen., 1901, n^{os} 22 et 23.
- TEMESVARY. — L'étiologie et le diagnostic des dysménorrhées et de la stérilité causée par une dysfonction ovarienne, d'après les recherches faites sur la muqueuse utérine. — Zent. f. Gyn. (Leipzig), an. XLVIII, n^o 16, 19, 4, 24.
- TOBLER MARIA. — Uber Primäre und sekundäre Dysmenorrhoe. — Monatsch. fur Geburtsh. u. Gynäk., 1907.
- TRIFAUD. — La théorie anaphylactique de la menstruation et de la dysménorrhée. — Marseille Médical, an. LXII, n^o 26, 25 sept. 1925.
- VAN DUYN. — Quelques observations de dysménorrhée. — American Journal of Obstetrics and Gynecology St.
- VEDELER. — Der dysmenorrhoea hysterica. — Arch. Gyn., 1897.
- Louis, vol. IX, n^o 2, février 1925.
- VIANNAY CH. — Dysménorrhée mécanique d'origine vaginale.
- VIGNES HENRI. — Qu'est-ce que la dysménorrhée. — Progrès médic., 1926, p. 943.

VIOLET H. — Sur un cas de dysménorrhée grave liée à la paramérite chronique traitée et guérie depuis dix ans par la dissociation du ligament large correspondant.
— Lyon Médic., tome CXXXV, n° 3, 18 janvier 1925, p. 65-66.

VOGT. — Dysménorrhée spastique d'origine constitutionnelle.
— Klinische Wochens. Berlin, an V, n° 222, 28 mai 1926.

WATHARD. De la pathogénie des coliques menstruelles et d'autres troubles fonctionnels des règles. — Revue médicale de la Suisse Romande, an XLVIII, nos 4-5-6, 25 avril 1928.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
